Rok XXXIII. Kraków 22. Września 1894 r. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O stósowaniu mydła kalomelowego w leczeniu przymiotu.

Podał
Dr. Watraszewski,
lekarz naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Na początku zeszłego roku ogłosiłem krótką wzmiankę [1]), tyczącą się stósowania mydła kalomelowego w przymiocie. Niech mi wolno będzie obecnie przedstawić dalsze spostrzeżenia w tym względzie.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, pozwolę sobie dotknąć w kilku słowach kwestyi wchłaniania przez skórę nierozpuszczalnych związków rtęci.

Zarówno kalomel, jak i inne nierozpuszczalne związki rtęci, stósowane naskórnie, są w stanie wniknąć w ustrój i zadziałać nań swoiście. Jestto rzeczą nie ulegającą wątpliwości, bez względu na zarzuty podnoszone przeciw temu na zasadzie rozumowań teoretycznych i bez względu na gołosłowne twierdzenia, w ostatnich zwłaszcza czasach wypowiadane i utrzymujące, iż to jest niemożebnem.

Odpowiednie spostrzeżenia usuwają pod tym względem wszelkie wątpliwości.

Niejednokrotnie zdarzyło mi się obserwować objawy merkuryalizmu u dzieci i u dorosłych, u których z przyczyny *pediculosis capillitii* (t. j. przy zdrowej, nieuszkodzonej skórze) stosówali koledzy maść z białym precypitatem rtęci. Pamiętny mi jest również przypadek objawów ostrego zatrucia rtęcią z bardzo ciężkim przebiegiem, po zapudrowaniu z powodu *phthiriasis pubis* żółtym tlennikiem rtęci [2]).

Wspomniałem w swoim czasie także, iż lekkie objawy przymiotu ustępują przy dłuższem noszeniu pończoch napudrowanych kalomelem lub białym precypitatem i że tym sposobem posługuję się czasem w odpowiednich przypadkach [1]).

Przekonywa nas o tem wreszcie plaster kalomelowy, zalecony przez Quinquauda: *Calomelan. 50·0, Empl. diachyli simpl. 25·0, Olei ricini 15·0).* Plaster ów, rozsmarowany na płótnie, nalepia się i nosi na zdrowej skórze w formie kawałka wielkości mniej więcej 15 centymetrów kwadratowych; wywołuje on często opuchnięcie dziąseł już na drugi dzień po zastósowaniu.

Zauważyłem przytem, iż powyższy skutek następuje tylko w najbliższym czasie po zastósowaniu świeżego kawałka plastra i że pomimo, iż w dalszym ciągu plaster pozostawał na miejscu, mimo to nie wywołuje on zwiększenia się objawów merkuryalizmu a przeciwnie spuchnięcie dziąseł ustępowało w zupełności w stosunkowo krótkim czasie.

Powyższe okoliczności stanowiące przedewszystkiem, jak wspomniałem, dotykalny dowód, iż nierozpuszczalny kalomel doskonale wchłania się przez skórę, wskazują następnie, iż przy stósowaniu kalomelu w formie plastra Quinquauda jedynie tylko najpowierzchowniejsze warstwy plastra, t. j. bezpośrednio w styczności ze skórą zostające, są w stanie wywołać pewien skutek. Z wchłanianiem się kalomelu bezpośrednio przylegającego do skóry kończy się i działanie swoiste plastra a dalsze jego warstwy zupełnie nie dochodzą do działania. Chcąc zatem otrzymać działanie ciągłe, wypadałoby zmieniać plaster co 24 godzin, co połączone byłoby z niepotrzebną stratą znacznych ilości kalomelu i uczyniłoby kuracyę samą niepomiernie kosztowną.

Mając na uwadze powyższe względy, starałem się wprowadzić kalomel innym sposobem w ścisłą styczność ze skórą a mianowicie przez wcieranie go po dokładnem zmięszaniu z odpowiednem nosidłem w skórę, na podobieństwo znanych preparatów, zawierających w sobie rtęć metaliczną.

Doświadczenia otrzymane z mydłem merkuryalnem (*Oberlaender*), którem posługuję się oddawna, i wyższość jego

[1]) Watraszewski: Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu, *Przegląd lekarski*, 1893, Nr. 14; *Allg. Medic. Centralzeitung*, 1893, Nr. 29.

[2]) Analogiczny przypadek ogłoszony był również w *Semaine Médicale*, 1887 r.

[1]) Sprawozdanie z sekcyi chorób wener. i skórnych X. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Berlinie 1890 r.

pod wieloma względami nad szarą maścią, były przyczyną, iż uważałem za właściwe połączyć kalomel nie z tłuszczem, czego zresztą już próbowano, lecz z odpowiednio przygotowanym preparatem mydlanym. Mydło samo przez się zmiękcza skórę, następnie nie pozostawia uczucia tłustości na skórze, nie rozkłada się i nie ma wtedy wielce nieprzyjemnego zapachu zjełczałego tłuszczu, którym zwłaszcza w lecie przechodzi całe ubranie chorego. Najważniejszą zaś zaletą mydła jest, iż wciera się znacznie prędzej i łatwiej, aniżeli wszelkie tłuszcze.

Rozumie się samo przez się, iż im substelniejszym jest kalomel, t. j. im cząsteczki jego są drobniejsze, tem łatwiej będą one mogły wejść w ścisłą styczność ze skórą i jej dodatkami i tem prędzej nastąpi wchłanianie kalomelu. Należy zatem używać chlorku rtęci z natury swej już jak najsubtelniejszego a tym jest *calomelas vapore paratum*. Oprócz tego, zanim jeszcze kalomel zostanie zmięszany z mydłem, należy go w tymże samym celu poddać manipulacyi, zwanej przez aptekarzy technicznie *bejtlowaniem*, czyli po prostu przesianiem przez cienki muszlin [1]).

Mydło kalomelowe przyrządza się przez staranne zmięszanie kalomelu w ten sposób przygotowanego z czystem mydłem potasowem w stósunku 1 : 2 lub 1 : 3 [2]) i przedstawia się w postaci miękkiej masy koloru białawego z szarym odcieniem. Mydło zaś potasowe, służące również za podstawę dla mydła szarego merkuryalnego (Oberlaender), otrzymuje się za pomocą działania ługu potasowego na świeżą oliwę prowancką aż do utworzenia się chemicznie czystego związku, mydła, które odpowiednio zgęszczone przez odparowanie przedstawia się jako ciało ze słabym mydlanym zapachem, z koloru i konsystencyi do czystej waseliny najwięcej podobne. Nadmieniam, że przygotowanie dobrego mydła nie jest zbyt łatwem i wymaga pewnej wprawy [3]).

Pomijam różne szczegóły tyczące się mydła kalomelowego oraz technikę stósowania go, jako opisane już szczegółowo w powyżej wzmiankowanych mych publikacyach a wspomnę tylko, iż do wtarcia całej ilości mydła kalomelowego, użytej do jednej frykcyi i wynoszącej od 4·0—5·0 i więcej gramów, potrzeba około 15 minut czasu, jeśli dokonywa go wprawna ręka. Chorym, którzy sami sobie nie mogą lub nie życzą robić wcierań, może je robić druga osoba. Należy wtedy po zarobieniu mydła z wodą i zamienieniu go w pianę, rozprowadzić ją po danej okolicy i za pomocą lekkich uderzeń pelotą z góry wbijać niejako mydło w skórę.

Ilość mydła kalomelowego do jednej frykcyi musi być większą od zwykle używanych w tym celu ilości przetworów zawierających wolną rtęć metaliczną (szarej maści i szarego mydła), ponieważ jedyną, jak się zdaje drogą, którą następuje wchłanianie kalomelu, jest skóra. Wchłanianie rtęci przez drogi oddechowe, które tak niepoślednią gra rolę przy stósowaniu wzmiankowanych przetworów (Welander), zdaje się, iż przy mydle kalomelowem w rachubę branem być nie może.

Ponieważ przeprowadzenie kuracyi mydłem kalomelowem wypada trochę drożej, aniżeli za pomocą szarej maści, ze względu na kosztowną oliwę prowancką, to ostatnią można zastąpić zwykłą oliwą *(oleum olivarum commune)*, także olejem lnianym lub rzepakowym. Mydła kalomelowe przyrządzone z temiż olejami są ciemniejsze i mają woń zbliżoną do woni zwykłego szarego mydła. Wcierają się jednak te mydła równie dobrze, jak i tamte i nie walają skóry ani bielizny.

Ważną zaletą mydła kalomelowego jest, iż doskonale znosi je skóra i że nie sprawia jej podrażnienia. W jednym tylko dotychczas przypadku przyszło do lekkiego zadraźnienia skóry, które po chwilowej przerwie w stósowaniu mydła ustąpiło szybko.

Przechodząc obecnie do wyników leczniczych, nadmieniam, iż we wszystkich przypadkach, w których stósowano mydło kalomelowe, wyraźnie znikały objawy swoiste, choć w ogóle działanie swoiste mydła jest mniejsze, aniżeli przetworów zawierających rtęć metaliczną. Gdy większość wysypek różyczkowych dość szybko ustępowała i chorzy po 30—40 frykcyach po 5·0 *saponis calomelanos fortioris* mogli być uważani za czasowo wyleczonych, zauważyłem w pewnych przypadkach oporność w ustępowaniu wzmiankowanych objawów tak, iż wypadało wzmocnić działanie swoiste za pomocą od czasu do czasu stósowanych wstrzykiwań podskórnych lżejszych preparatów rtęciowych. Toż samo da się powiedzieć o wysypkach guzkowych, które, jak wiadomo, i w zwykłych okolicznościach najdłużej opierają się każdej kuracyi i do usunięcia najwięcej potrzebują czasu.

Późne formy można było doprowadzić do ustąpienia, względnie wyleczenia, bez uciekania się do pomocy przetworów jodowych. Korzystne działanie mydła kalomelowego obserwowałem także w kilku przypadkach zapalenia tęczówki *(iritis)*, z których większa część należała do okresu przymiotu wczesnego a jeden do późnego. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyleczenie w krótkim stósunkowo czasie przy stósowaniu wcierań i użyciu miejscowem atropiny.

Ani czas ani miejsce nie byłyby odpowiednie do przedstawienia historyi chorób osób, u których stósowano mydło kalomelowe; dlatego pozwalam sobie streścić doświadczenia swoje w następujący sposób:

Mydło kalomelowe daje nam możność przeprowadzenia kuracyi w lżejszych przypadkach przymiotu w sposób skuteczny i dla chorych wielce wygodny, pozwalając im zachować w zupełnej tajemnicy zarówno chorobę, jak i jej leczenie.

W przypadkach, przedstawiających pewną uporczywość w ustępowaniu objawów należy, jak wspomniałem już, wzmacniać działanie swoiste przez równoczesne wprowadzanie rtęci do ustroju inną drogą: 5 do 10 injekcyj sublimatowych po 0·015—0·020, dokonywanych w kilkudniowych odstępach, w związku z 25—30 frykcyami — wystarczało mi wtedy w przybliżeniu do osiągnięcia potrzebnego skutku.

W przypadkach przymiotu ciężkich, zwłaszcza przy zajęciu ośrodków nerwowych, jednem słowem tam, gdzie chodzi o szybkie i energiczne działanie rtęci, mydło kalomelowe nie kwalifikuje się do użycia.

[1]) Czynność ta polega na tem, iż kalomel zawija się w kilka warstw cienkiego muszlinu i wiesza się w formie węzła w dużym słoju z pokrywką, mniej więcej w połowie wysokości słoja. Za pomocą odpowiedniego poruszania słoja węzeł wchodzi w ruch wahadłowy i uderza kolejno o ściany naczynia, w skutek czego kalomel wysiewa się w formie bardzo delikatnego pyłu przez pory muszlinu i osiada na dnie słoju.

[2]) W ostatnich czasach posługuję się wyłącznie preparatem mocniejszym, t. j. w stósunku 1 : 2.

[3]) Doskonałe mydło kalomelowe w Warszawie wyrabiają pp. mag. farm. Wenda i Wiorogórski.

Nadmieniam, iż doświadczenia z tymże preparatem robione w klinice chorób wenerycznych profesora Stukowenki w Kijowie, i zakommunikowane w sekcyi dla tychże chorób na V. Zjeździe lekarzy rosyjskich w roku bieżącym w Petersburgu przez Dra Grycuna do takichże samych doprowadziło wniosków [1]).

Rozbiory chemiczne moczu u osób leczonych mydłem kalomelowem wykazywały stale wyraźne ślady rtęci.

Warszawa 20. Lipca 1894.

II. Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

Ventrofixatio uteri.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,
II. asystent tejże kliniki.

Jedno z najczęstszych zboczeń w częściach rodnych, dla których chore zasięgają porady lekarskiej, stanowią tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. W klinice krakowskiej na 4492 chorych, leczących się ambulatoryjnie w ostatnich pięciu latach, było 654 przypadków zboczeń w położeniu macicy ku tyłowi a więc 14·5%. Sänger [2]) podaje 15·14% a Löhlein [3]) 17·18%. W naszej statystyce nie wliczono jednak przypadków, w których zboczenie w położeniu macicy sprawiły guzy z macicy lub jajników wychodzące.

Leczenie mechaniczno-resorbcyjne, przeważnie w przypadkach zboczeń macicy ku tyłowi stosowane nie rzadko zawodzi, lub też rozłożone na długi przeciąg czasu, nie daje się przeprowadzić u osób niezamożnych, żyjących z pracy rąk. Dla tego też nic dziwnego, że w ostatnich dziesiątkach lat wystąpiła dążność do leczenia operacyjnego, które w wielu przypadkach, gdzie leczenie mechaniczne nie prowadzi do celu, przynosi należyty skutek lub też w krótkim czasie uwalnia chorą od przypadów, czyniących ją niezdolną do pracy zawodowej.

Sänger [4]) podaje, że 20% zboczeń macicy ku tyłowi nie daje się wyleczyć krążkami. Küstner [5]) w przeciągu niespełna dwóch lat z pomiędzy 29 tyłozgięć macicy ustalonych, w 10 przypadkach nie mógł oddzielić zrostów i te przypadki według niego nadawały się do leczenia operacyjnego od strony jamy brzusznej. Według Spätha [6]) z 397 przypadków tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, leczonych w latach 1883—1887 w klinice Prochownicka było 7·3%, które opierały się wszelakiemu leczeniu mechanicznemu. I kiedy dawniej po wyczerpaniu leczenia mechanicznego musiano zadowolnić się leczeniem przypadowem, dzisiaj na drodze operacyjnej staramy się sprowadzić wyleczenie. Pierwszy Alquié w r. 1840. powziął myśl usunięcia tyłozgięcia macicy przez skrócenie więzadeł okrągłych. Myśl tę jednak wprowadzili w wykonanie dopiero w latach 1881. i 1882. dwaj angielscy lekarze, Alexander i Adams, którzy w ten sposób zrobili cały szereg operacyj z dobrym skutkiem. Trudności techniczne w wyszukaniu nieraz bardzo słabo rozwiniętych więzadeł okrągłych poza przewodem pachwinowym i niepewne wyniki stoją na przeszkodzie rozpowszechnieniu się tej operacyi. Twierdzenie Gelpkego [1]), jakoby badaniem skombinowanem można się było przekonać o rozwoju więzadeł okrągłych i w ten sposób przez dobieranie odpowiednich przypadków upewnić się w danym razie o dobrym wyniku, wydaje mi się nieprawdopodobnem. W klinice wykonaliśmy operacyę Alexandra-Adamsa dwa razy: przy macicy tyłozgiętej wolnej i przy częściowem wypadnięciu macicy tyłozgiętej. W obu przypadkach leczenie krążkami nie dało się przeprowadzić, gdyż macica pomimo krążka opadała zaraz napowrót ku tyłowi. Przeprowadzenie zabiegu w obu razach nie napotkało na znaczniejsze trudności. W jednym jednak przypadku przy oddzielaniu od tkanek sąsiednich naciągniętego więzadła otwarto jamę otrzewnową, co jednak pozostało bez wpływu tak na przebieg, jak i wynik pooperacyjny, który w obu przypadkach w miesiąc po operacyi był bardzo dobry; czy na długo, dopiero dalsza obserwacya wykaże. Że wyszukanie więzadeł okrągłych poza zewnętrznym pierścieniem przewodu pachwinowego jest nieraz trudnem lub nawet niemożliwem dla zbyt słabego ich rozwoju, o tem miałem sam sposobność przekonać się przy kilkakrotnem wykonywaniu tej operacyi na zwłokach.

Inne sposoby leczenia operacyjnego tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy poczęły się rozwijać w dwóch kierunkach: gdy jedni usiłowali ustalić macicę od strony pochwy ku przodowi a nawet przez otwartą zatokę Douglasa wprzód porozrywać zrosty łączące macicę z sąsiedztwem, to drudzy starali się tego samego dokonać od strony jamy brzusznej. Pierwsze usiłowania leczenia operacyjnego od strony pochwy datują się od roku 1850., kiedy Amussat w celu wyleczenia przodopochyleń i tyłopochyleń macicy przeżegał błonę śluzową odpowiedniego sklepienia, chcąc przez to wywołać bliznę, któraby macicę utrzymywała w należytem położeniu. Richelot polecał przyszycie tylnej ściany szyjki do tylnej ściany pochwy po odświeżeniu przeciwległych powierzchni. Courty zmodyfikował ten sposób, starając się przez przyżegania wywołać zrosty. Metody te podobnie jak Rabenaua [2]), Nicoletissa [3]) i Loewenthala [4]) mają jednak znaczenie więcej teoretyczne.

Podana przez Schückinga [5]) w r. 1886. *vaginaefixatio uteri*, polegająca na ustaleniu odprowadzonej macicy przez wywołanie zrostów między nią a fałdem zatoki pęcherzowo-macicznej dla często wydarzających się obrażeń pęcherza a możliwych obrażeń jelit (Sänger, Hartmann) i moczowodów (Gläser) nie mogła znaleść wielu zwolenników. Liczne modyfikacye tej operacyi jak Törngrena [6]), Zweifla [7]), jak również na tej samej zasadzie polegające operacye Dührssena [8]) i Mackenrodta [9]) są jeszcze za nowe a wyniki za świeże, aby o nich wydać można sąd stanowczy.

---

[1]) Sprawozdanie z posiedzeń V. Zjazdu lekarzy rosyjskich w Petersburgu 1894 r.
[2]) Centralblatt f. Gynäk. 1888.
[3]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. VIII.
[4]) Centralblatt f. Gynäk. 1888. Nr. 2.
[5]) Sammlung klin. Vorträge. 1890. Nr. 9.
[6]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1888. Nr. 37.

[1]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XXVI. s. 334.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift. 1886. s. 284.
[3]) Pozzi: Lehrbuch der klin. u. operativ. Gynäk. 1892. s. 511.
[4]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.
[5]) Centralblatt f. Gynäk. 1888. s. 181.
[6]) Dissert. v. J. Esser: Zur Therapie der Retroflexio uteri.
[7]) Centralblatt f. Gynäk. 1890. Nr. 39.
[8]) Centralblatt f. Gynäk. 1892. s. 293.
[9]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.

Liczne metody operacyjne, jak Freunda [1]), Stratza [2]), Herricka [3]), Boisleuxa [4]) *(elythrotomia intraligamentaris)*, w których starano się utrzymać macicę ku przodowi przez ustalenie szyjki ku tyłowi bądź przez skrócenie więzadeł tylnych *(ligamenta recto-uterina)*, bądź przez bezpośrednie przytwierdzenie szyjki do otrzewny ściennej *(retrofixatio colli)* i zniszczenie zatoki Douglasa a w razie istnienia zrostów między macicą a tylną ścianą miednicy wprzód je oddzielić, nie mogą zadowolnić dla trudnego dostępu, niedokładnego odsłonięcia pola operacyjnego a ztąd możliwości zranienia organów sąsiednich.

Schultze [5]), który był zwolennikiem powyższego sposobu operacyjnego w razie niemożności przerwania zrostów swoją metodą, przechylił się do zdania Küstnera, że tam, gdzie do oddzielenia zrostów zajdzie potrzeba otwierania jamy otrzewnowej, to należy to uczynić od strony jamy brzusznej. Ustalenie odprowadzonej macicy za pomocą zrostów wytworzonych przez zakładanie setonów z gazy jodoformowej (Dührssen) lub gazy napojonej wyskokiem (Matlakowski) do zatoki pęcherzowo-macicznej a względnie zatoki Douglasa wydaje mi się z tego względu niewłaściwem, że nie możemy mieć pewności, czy zapalenie przez to wywołane ograniczy się rzeczywiście.

Niezależnie od powyższego kierunku zaczął się rozwijać drugi sposób leczenia operacyjnego zboczeń ku tyłowi macicy od strony jamy brzusznej. Wszywanie kikutów w ranę brzuszną po usunięciu zmienionych jajników a przez to ustalenie macicy tyłozgiętej ku przodowi i stałe utrzymywanie się jej w tem położeniu stało się podstawą rozwoju leczenia operacyjnego, polegającego na pośredniem lub bezpośredniem przyszyciu macicy do przedniej ściany brzusznej.

Pierwszy Koeberle w roku 1869. wykonał taki zabieg operacyjny w przypadku tyłozgięcia macicy połączonego z bardzo ciężkimi objawami. Wykonał laparatomię, odciął jajniki a kikuty pozostałe wszył w dalszy brzeg rany. Podobnie po nim operowali Sims, Schröder, Henig, Lawson-Tait.

Według planu jednak z góry powziętego zaczął operować dopiero Olshausen [6]) i ujął sposób operacyjny w metodę nadając mu nazwę *ventrofixatio uteri*. Olshausen również pierwszy wykonał ten zabieg operacyjny przy wypadnięciu macicy a jakkolwiek wynik był niepomyślny, znalazł wielu naśladowców, którzy operując w wielu razach z dobrym skutkiem, w przypadkach, w których operacye plastyczne międzykrocza i pochwy nie wystarczały, rozszerzyli wskazania do wentrofiksacyi i dla tej zmiany w położeniu macicy.

Od czasu ogłoszenia metody Olshausena sposób operacyjny Koeberlego, polegający na odcięciu jednego lub obu jajników zdrowych i wszyciu pozostałych kikutów w ranę brzuszną ograniczył się tylko do tych przypadków, w których usunięcie jajników było wskazanie z powodu zmian w nich.

Ale i metoda Olshausena, polegająca na przyszyciu więzadeł okrągłych i szerokich tuż przy macicy do przedniej ściany brzusznej, nie zadawalniała, gdyż obawiano się uwięźnięcia jelit w zaułku, który tworzy się między macicą a pęcherzem. Możliwość zaś wydłużenia się wszytych wiązadeł podała w wątpliwość trwałość wyników. Dopiero Leopold i Czerny przez bezpośrednie przyszywanie trzonu macicy do ściany brzusznej operacyi tej nadali najwięcej pewności i od tego czasu przeważna część operatorów posługuje się ich metodami lub nieznacznemi ich modyfikacyami.

Leopold [1]) przytwierdza trzon macicy trzema głębokimi szwami brzusznymi, z których jeden zakłada poniżej odejścia jajowodów od macicy, drugi powyżej a trzeci w równej wysokości z jajowodami.

Czerny [2]) przyszywa macicę dwoma zapuszczonymi szwami katgutowymi, przeprowadzając je tylko przez powięź i otrzewnę brzegów rany.

Terrier [3]) przeprowadza szwy katgutowe przez macicę w ten sposób, że nie zagłębia całej nitki w miąższu, tylko część jej pozostawia na powierzchni; to ma przyczyniać się do łatwiejszego wytwarzania się zrostów.

Pozzi [4]) używa szwu katgutowego kuśnierskiego.

Matlakowski [5]) obok przyszycia macicy skraca jeszcze więzadła okrągłe.

Hofmeier [6]) poleca obok bezpośredniego przyszycia macicy jeszcze osobno oba więzadła okrągłe przytwierdzić głębokimi szwami, całą grubość powłok obejmującymi.

Klotz [7]) wszywa trąbkę lub kikut po odcięciu jajnika pozostały i następnie przez założenie sączka szklanego aż do dna zatoki Douglasa sięgającego, stara się wywołać mocne zrosty podtrzymujące macicę od tyłu. Sposób ten według Sängera sprzeciwia się zasadom chirurgii, która dąży do jak najszybszego zamknięcia jamy brzusznej, zostawiając drenowanie dla przypadków wyjątkowych. Metoda Klotza nie znalazła wcale naśladowców.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

3) Kiła dziedziczna pochodząca od obojga rodziców. W jakim okresie i w jakich okolicznościach kiła rodziców udziela się potomstwu? Stopień zależności odziedziczonej kiły od stanu zdrowia i przebiegu kiły u rodziców. Wpływ leczenia na odziedziczanie kiły. Kiła dziedziczna u bliźniąt. Odziedziczanie kiły w trzeciem pokoleniu.

W poprzednich rozdziałach niniejszej rozprawki, oznaczając już udział obojga rodziców z osobna w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, wykazaliśmy, iż kiła ojca lub matki zarówno udzielać się może dzieciom.

---

[1]) Centralblatt f. Gynäk. 1889. s. 515.
[2]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1891. s. 336.
[3]) Frommel's: Jahresbericht. 1891. s. 658.
[4]) Fehling: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893. s. 264.
[5]) Sammlung klin. Vorträge. Nr. 24. 1891.
[6]) Centralblatt f. Gynäk. 1886. Nr. 43.

---

[1]) Sammlung klin. Vorträge. Nr. 133. 1889.
[2]) Beiträge zur klin. Chirurgie. 1888. Bd. IV. s. 163.
[3]) Pozzi: Lehrbuch der klin. u. operat. Gynäk. 1892. Bd. II.
[4]) Ibidem.
[5]) *Przegląd lekarski*. 1889. Nr. 46.
[6]) Hofmeier: Grundriss der gynäk. Operationen. 1892.
[7]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1888. Nr. 4.

Możemy więc ztąd wnosić, iż kiła, którą dotknięci są jednocześnie oboje rodzice, powinna bezwątpienia też przejść na ich potomstwo.

Już z góry wypadałoby przypuścić, iż kiła u dzieci wtedy objawić się musi groźniej, niż to bywa w razie odziedziczenia choroby od jednego z rodziców; podobne zdanie wypowiedziało wielu autorów, zajmujących się sprawą odziedziczania kiły, że wymienimy tu Vassala[1]), Didaya[2]), Rosena[3]), Violeta[4]), Kassowitza[5]), Fourniera[6]) i Julliena[7]). Statystyczne zestawienia, licznie nagromadzone w rozmaitych pracach, dowodzą, jak szkodliwą i niebezpieczną dla potomstwa jest kiła obojga rodziców: Rosen podaje wykaz 38 dzieci kiłowych, spłodzonych przez rodziców kiłowych, z którego wypada, iż 32 dzieci zmarło na kiłę, z tych zaś 12 przyszło na świat nieżywo a 20 zmarło wkrótce po urodzeniu. W 6-ciu przypadkach, opisanych szczegółowo przez Baerensprunga[8]) a tyczących się dzieci spłodzonych przez ojca i matkę kiłowych, potomstwo rodziło się nieżywo i przedstawiało zawsze poważne zmiany, właściwe kile dziedzicznej; Kassowitz spostrzegał kilka przypadków, w których kiła obojga rodziców przekazywała się potomstwu w ciągu kilku a nawet kilkunastu lat, objawiając się zawsze wybitnemi zmianami w ustroju płodu; tenże autor przytacza następnie przypadek, w którym kiłowi rodzice w ciągu 12 lat pożycia małżeństwa spłodzili 7 kiłowych dzieci. Fournier podaje 179 przypadków śmierci kiłowych płodów na 239 ciąży w rodzinach, w których ojciec i matka mieli kiłę. Statystyczne zestawienie Julliena tyczyło się 43 małżeńskich stadeł z kiłowych męża i żony; skutkiem 206 ciąż było 113 poronień nieżywego płodu, 50 razy ciąża zakończyła się przyjściem na świat kiłowych dzieci a tylko 43 razy matka urodziła żywe dzieci; w jednym z wymienionych przypadków kiłowi rodzice spłodzili 15 dzieci, mających kiłę dziedziczną, z których 13 przyszło na świat przedwcześnie.

Jeśli oboje rodzice mają kiłę, wtedy starsze ich potomstwo zwykle jest najwięcej zakażonem, późniejsze zaś dzieci, stósownie do zmniejszania się z biegiem czasu zakaźnych własności kiły rodziców, przedstawiają coraz mniej wybitne objawy kiły, wreszcie po upływie kilku lub dopiero kilkunastu lat zaczynają przychodzić na świat zdrowe i wolne od kiły dzieci (Baerensprung, Kassowitz, i inni); Hutchinson[9]) zaś oświadcza przeciwnie, iż pierwsze dzieci kiłowych rodziców zwykle mniej są zakażone od później spłodzonych; twierdzi on, iż w początku potomstwu udziela się kiła ojca, dopiero później, gdy matka zakazi się od ojca lub od płodu, rodzą się dzieci z poważniejszemi zmianami kiły dziedzicznej, pochodzącej tak od ojca jak i od matki.

Pozostaje obecnie do rozpatrzenia kilka innych kwestyj, które wywiązały się z poprzednich. Mianowicie zaś musimy tu odpowiedzieć na cały szereg następnych pytań, tyczących się przekazywania dziedzicznego kiły: czy w każdym okresie kiła rodziców ma zdolność udzielania się potomstwu? jak długo i w jakich postaciach kiła rodziców przekazuje się dzieciom? czy kiła matki niebezpieczniejszą jest dla potomstwa od kiły ojca? czy istnieje pewny stósunek zależności między stopniem natężenia kiły potomstwa a cechami zmian kiłowych u rodziców? w jaki sposób wpływa leczenie kiły rodziców na przekazywanie jej dziedziczne potomstwu? czy nie jest ono w stanie przeszkodzić zakazeniu się potomstwa lub co najmniej je złagodzić?

Niektóre z powyższych kwestyj niejako z sobą są zespolone a więc rozpatrując je z osobna nieraz będziemy musieli potrącać o kilka z nich zarazem.

Ze względu na swą doniosłość praktyczną najważniejszą jest kwestya stósunku pomiędzy wiekiem i okresem kiły rodziców a przekazywaniem choroby potomstwu i stopniem natężenia kiły dziedzicznej. Zapatrując się na nią z teoretycznego stanowiska, wypadałoby mniemać, iż kiła rodziców, w okresie wylęgania się, to jest pierwszego utajenia a więc przed pojawieniem się pierwotnej zmiany, nie może wcale przejść na potomstwo; wątpliwem też jest, iżby kiła w okresie drugiego utajenia, przed wystąpieniem ogólnych objawów udzielała się dzieciom (Kassowitz[1]); dopiero od czasu wybuchu drugorzędnych objawów kiłowych choroba rodziców nabywa własności przekazywania się potomstwu, gdyż tylko wtedy przyrzut kiłowy może znajdować się w rozmaitych tkankach i wydzielinach ustroju.

Dawniejsi, przeważnie francuscy syfilidologowie przypuszczali, iż tylko widoczna, objawiająca się rozmaitymi przypadami kiła może przejść na dzieci, nigdy zaś znajdująca się w okresie utajenia (Vassal[2]) i inni); Haase i Burns[3]) natomiast mniemali, iż niekiedy udzielić się może potomstwu i utajona kiła rodziców, pomimo tego, iż u ojca lub matki w ciągu kilku nawet lat nie było żadnych objawów swoistych; zdaniem zaś Schönleina[4]) świeża i widoczna, to jest jawna kiła rodziców przekazuje się zwykle potomstwu w postaci wrodzonej choroby, która cechuje się wybitnemi zmianami kiłowemi, powstającemi u płodu podczas ciąży; jeśli zaś kiła rodziców w chwili płodzenia była w okresie utajenia, wtedy mogą rodzić się zdrowe dzieci, które dopiero po upływie kilku tygodni po przyjściu na świat zapadają na kiłę dziedziczną. Colles[5]), Evanson i Maunsell[6]), Robert[7]), Trousseaux[8]), Hebra[9]), Parker[10]) i Baerensprung[11]) wypowiedzieli zdanie, iż utajona kiła rodziców może przekazywać się dzieciom; Beaney[12]) opisał przypadek, tyczący się kiłowego ojca, który w trzy lata po zakażeniu ożenił się; pomimo tego, iż kiła nie objawiała się wcale u niego, spłodził on pięcioro dzieci z wybitnymi objawami kiły dziedzicznej; Kasso-

---

[1]) Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant. Paris. 1807. s. 13—14.
[2]) Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis. Paris. 1858. s. 365.
[3]) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe. 1862. III. s. 192.
[4]) Étude pratique de la syphilis infantile. Paris. 1874. s. 33—34.
[5]) Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876. s. 88—89 i 90—91.
[6]) La syphilis et le mariage. Paris. 1880.; l'hérédité syphilitique. Paris. 1889.
[7]) Annales de dermat. et de syphil. 1891. 4. s. 308—311.
[8]) Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. s. 147—153.
[9]) Étude clinique sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Paris. 1884. s. 233—234.

---

[1]) l. c. str. 78.
[2]) l. c. str. 19 i 29.
[3]) Meissner: Die Kinderkrankheiten. II. Auflage. I. s. 360—361.
[4]) Sommer: De syphilide congenita. Halae. 1839. s. 11—12.
[5]) Behrend's Syphilidologie. Alte Reihe. III. s. 235—246.
[6]) Handbuch der Kinderkrankheiten. 1838. s. 643.
[7]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. s. 287.
[8]) Behrend's Syphilidologie. Neue Reihe. 1858. I. s. 311 i 313.
[9]) Wiener medicinische Wochenschrift. 1860. 11. 12.
[10]) Medical Times and Gazette. 1863. II. s. 6.
[11]) l. c. str. 47, 51—70.
[12]) Constitutional Syphilis. Melbourne. 1872. s. 339.

witz[1]) i Bäumler[2]) utrzymują, iż kiła rodziców przekazywać się może dzieciom bez względu na to, czy jest utajoną, czy też objawia się swoistemi zmianami; niekiedy nawet rodzice z kiłą w okresie utajenia płodzą potomstwo przedstawiające bardzo wybitne i poważne zmiany swoiste. Weil[3]) twierdzi, iż zdolność przekazywania dziedzicznego kiły nie zależy od jej objawów u rodziców i że niekiedy jedyną wskazówką istniejącej u rodziców, lecz utajonej choroby bywa kiła dziedziczna potomstwa.

Przeważna część autorów utrzymuje, iż widoczna kiła rodziców, objawiająca się w czasie płodzenia wybitnemi zmianami ustroju jest daleko niebezpieczniejszą i szkodliwszą dla potomstwa, niż ich kiła utajona (Balling[4]), Baumès[5]), Bouchut[6]), Fournier[7]), Mauriac[8]) i inni); nadmienić tu wszakże wypada, iż w wielu przypadkach nie można wykazać bezpośredniego stósunku zależności dziedziczenia kiły od stopnia natężenia choroby rodziców, wyrażającego się utajeniem lub wybuchem objawów swoistych.

Z kolei wypada nam odpowiedzieć na pytanie: w jakim okresie kiła rodziców może przejść na potomstwo? przeważna część autorów jest zdania, że tylko świeża kiła, znajdująca się w drugorzędnym okresie, udziela się potomstwu (Bouchut, Landberg, Robert, Ricord, Behrend, Diday, Baerensprung, Geigel i t. d.); inni zaś autorowie, między nimi Profeta[9]) twierdzą, iż kiła przekazuje się potomstwu przez cały czas okresu drugorzędnych zmian oraz w ciągu następującego potem okresu utajenia, który zwykle poprzedza późne, trzeciorzędne objawy; niektórzy autorowie, mianowicie zaś Kassowitz i Fournier, przytaczają przykłady trwania po 7, 10—14 lat okresu zaraźliwości kiły, podczas którego choroba może przekazywać się potomstwu. Dawniej nie brakło głosów utrzymujących, jakoby kiła w pierwszym okresie znajdująca się, mogła też udzielać się od rodziców dzieciom (Nevermann[10]), Margerie[11]), Gamberini[12]); zdaniem zaś innych późna, trzeciorzędna kiła też może przechodzić na potomstwo. Vidal[13]) n. p. utrzymywał, jakoby wszystkie postacie kiły rodziców, nawet trzeciorzędna, udzielały się dzieciom; według zaś Bassereaua[14]) i Mandona[15]) potomstwo, spłodzone przez rodziców dotkniętych drugorzędnemi zmianami kiłowemi, bywa mniej zakażone od tych dzieci, które rodzą się z ojca lub matki znajdujących się w okresie trzeciorzędnym; zdaniem wymienionych autorów takie dzieci zawsze przedstawiają wybitne i głębokie zmiany, kile dziedzicznej właściwe; według zaś Cullicra, Notty, Karczewskiego[16]) i Langleberta[17]) kiła matki we wszystkich okresach może przechodzić dziedzicznie na potomstwo; Knoblauch[1]) sądzi, że dotknięci późnemi trzeciorzędnemi zmianami rodzice udzielają swej choroby potomstwu.

Przeważna jednak część syfilidologów zaprzecza wcale, iżby w trzeciorzędnym okresie znajdująca się kiła ojca lub matki mogła przechodzić na potomstwo, podając wiele spostrzeżeń nad rodzicami dotkniętymi kiłą trzeciorzędną, którzy płodzili pomimoto zdrowe i wolne od kiły dzieci (Acton[2]), Simon[3]), Virchow[4]), Hebra[5]), Fournier[6]), Hutchinson[7]); Baerensprung[8]) opisał 8 przypadków, w których kiła ojca była w okresie trzeciorzędnym; w wymienionych przypadkach rodziło się zawsze zdrowe i niekiłowe potomstwo, matki też pozostały niezakażonemi; tenże autor podaje następnie opis 7 przypadków matek, dotkniętych późnemi zmianami kiłowemi, które pomimoto wydały na świat 22 zdrowych i wolnych od wszelkich objawów kiły dzieci; Stein[9]) opisał przypadek, w którym pewna kobieta pomimo częstych nawrotów późnej kiły, spłodziła czworo zdrowych dzieci. Moje osobiste także w tym względzie doświadczenie, zmusza mnie do oświadczenia się przeciwko temu, iżby późna, trzeciorzędna kiła rodziców przekazywać się mogła potomstwu. Z wielu chorych, których leczyłem na kiłę i którzy następnie po upływie 4 do 5 lat wstąpili w związki małżeńskie, żaden nie płodził kiłowych dzieci, u tych zaś chorych, którzy pomimo mego zakazu zawcześnie, bo już po 1—2 latach ożenili się, rodziły się dzieci zakażone.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Szczególną uwagę zwracała na siebie odmiana, t. zw. *endometritis dysmenorrhoica* czyli *dysmenorrhoea membranacea*. Pozzi[10]) nazywa ją wprost przewlekłem zapaleniem macicy z wystąpieniem ostrych objawów podczas miesiączkowania, i wydzielaniem (złuszczaniem) błony śluzowej zapalnem. Innego zdania jest Lawson-Tait[11]). U osób niezamężnych jest ona skutkiem choroby jajników; u osób, które spółkują, jest w związku z zapłodnieniem, rodzaj częstego poronienia niezupełnego. Nie znalazł on nigdy prawdziwych komórek błony doczesnej i łączyła się ta sprawa u dziewic z mocnym, ropnym odpływem, co przytacza na dowód, że sprawa ta u nie-

[1]) l. c. str. 82—83.
[2]) Ziemssen's Handbuch. III. Bd. Leipzig. 1886. s. 50.
[3]) Volkmann's klinische Vorträge. 130. s. 898.
[4]) Hecker's Annalen. 1832. s. 132.
[5]) Précis théor. et pratique sur les maladies vénériennes. Lyon. 1840. II. s. 533.
[6]) Traité pratique des maladies des nouveau-nés. Paris. 1852. str. 76.
[7]) Bulletin médical. 1889. 52. s. 822.
[8]) Syphilis tertiaire et héréditaire. Paris. 1890. s. 1087.
[9]) Trattato pratico delle malattre veneree. Palermo. 1888. s. 934.
[10]) Schmidt's Jahrbücher. 1840. XXVII. s. 69.
[11]) Gazette des hôpitaux. 1850. 101.
[12]) Behrend's Syphilidologie. Neue Reihe. III. s. 542.
[13]) Traité des maladies vénériennes. Paris. 1853.
[14]) Traité des syphilides. 1852. s. 333.
[15]) Journal de médecine de Bruxelles 1856. Janvier-Février.
[16]) Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego. 1870. LXIV. s. 44.
[17]) Aforyzmy o chorobach wenerycznych. Lwów. 1876. s. 181.

[1]) Behrend's Syphilidologie. Neue Reihe. III. s. 544.
[2]) A practical treatise on diseases of the urinary and generative organs in both sexes. London. 1851. s. 610.
[3]) Charité-Annalen. 1850. I. s. 2.
[4]) Virchow's Archiv. 1858. XV. s. 217.
[5]) Wiener medic. Wochenschrift. 1860. s. 11, 12.
[6]) Syphilis et le mariage. Paris. 1880.
[7]) On Syphilis. London. 1887. s. 71.
[8]) l. c. str. 90—98.
[9]) Memorabilien. 1867. XII. 3.
[10]) Pozzi: Traité de gynécologie. Paris 1882. s. 173.
[11]) Lawson-Tait: ut 2. s. 198.

zamężnych jest właściwie choroba jajników. Przeciwnie Franqué[1]) znalazł w *endometritis exfoliativa* komórki błony doczesnej w przypadku, w którym zapłodnienia nie było z wszelką pewnością. Popiera to zapatrywanie Rugego wbrew Wyderowi[2]), który sądzi, że błona śluzowa macicy tworzy komórki błony doczesnej li tylko w ciąży śródmacicznej lub pozamacicznej. Znalazł on w ostrym nieżycie zgrubienie błony śluzowej i łuszczenie się przybłonka wraz z przekrwieniem naczyń. Za ostateczne wyniki przewlekłej formy nieżytu uznaje on częściowe i całkowite przerosty: *a) endometritis villosa, b) e. fungosa hyperplastica seu adenoma diffusum.* Mniema on dalej, że zarówno sprawy zapalne błony śluzowej macicy jak i poronienia mogą prowadzić do klinicznego obrazu *dysmenorrhoea membranacea.* Wszystkie błony w tej chorobie wydzielane, które nie mają utkania małych komórek, w których przeważają komórki wielkie błony doczesnej, winno się uznać, zdaniem Wydera, raz na zawsze za pochodzące z ciąży. Schröder[3]) opisuje formę *e. dysmenorrhoica*, cechującą się klinicznie głównie przez nadzwyczaj gwałtowne bóle przed peryodem. Przy badaniu drobnowidowem komórki były mało zmienione, najwięcej uderzały w oko duże pęki tkanki łącznej miąższowej. Atthill[4]) rozróżnia formy *endometritis* u kobiet, które rodziły i u których zwraca uwagę na zwężenie ujścia wewnętrznego i u bezdzietnych, u których przyczyną nieżytu wnętrza i *dysmenorrhoeae* jest nieżyt szyi.

Rodzaj zapalenia błony śluzowej macicy właściwy wiekowi podeszłemu, *endometritis vetularum*, jest stósunkowo najmniej zbadaną odmianą nieżytu błony śluzowej macicy. Wedle Rugego[5]) są trzy rodzaje: gruczołowaty, śródmiąższowy i miąższowy. Najczęściej spotykał pierwszy. Na Zjeździe przyrodników w Halli 1891. zwrócił uwagę Kaltenbach, że *endometritis* przedstawia cały szereg obrazów chorobowych pod względem anatomicznym i etyologicznym: nieprawidłowo wielkie ilości wydzieliny, zboczenia w krążeniu krwi, wybujałości tkanek, podrażnienia części dodatkowych macicy, sprawy zakaźne oto główne typy objawiania się *endometritis.*

Dla ginekologa pojęcie *metritis* i *endometritis* musi zawsze pozostać pojęciem klinicznem a nie anatomo-patologicznem. Przebieg kliniczny i objawy chorobowe, powinny być wskazówką co do postępowania leczniczego; badanie anatomo-patologiczne jest jego dopełnieniem; słuszną bowiem czyni uwagę Pozzi[6]), że wiedząc o tem, że przy włókniakach i rakach występują zmiany w *endometrium*, musielibyśmy na czysto anatomicznej podstawie rozróżnić jakąś *endometritis myomatosa* lub *cancerosa*, choć nawiasem powiedziawszy, wedle badań Campego[7]) przy włókniakach zmiany błony śluzowej wnętrza macicy są zupełnie te same, jak w *endometritis fungosa chronica.*

Nieżyt błony śluzowej szyi i trzonu macicy tworzy dwa wielkie działy pod względem objawów klinicznych i leczenia.

Najczęstszą zmianą anatomiczną spostrzeganą w nieżycie szyi macicznej jest nadżerka (*erosio*). W sprawie tej, przez długi czas odbywała się zacięta polemika między Rugem i Veitem z jednej a Fischlem z drugiej strony.

Samą sprawę i obrazy drobnowidowe widziane przez autorów wyżej wspomnianych opisywano jednakowo; głównie chodziło o wyjaśnienie kwestyi, zkąd się bierze nadżerka, i jaka jej przyczyna.

Według C. Rugego i J. Veita[8]) nadżerka jest powierzchnia wolna nowotworu o budowie gruczołowatej na części pochwowej macicy, wolnej zresztą od gruczołów. Przybłonek wałeczkowaty, jednowarstwowy pokrywa jego powierzchnię i przechodzi w wielowarstwowy płaski, pokrywający części szyi, pozostałe zdrowemi. Równocześnie tworzą się rozliczne wklęśnięcia przybłonka wałeczkowatego w tkankę tego chorego miejsca a wklęśnięcia te tworzą wkrótce gruczołowate cewki, które się rozgałęziają i często łączą ze sobą. W innych miejscach są one bez związku z przewodami odwodzącymi i tak powstają mieszki (*folliculi*). Tkanka mięśniowa nie tworzy przeszkody do ich rozwoju. Powstanie tych mieszków tłómaczy się w ten sposób, że pochodzą one z małych kaletek, pokrytych przybłonkiem wałeczkowatym, w przewodzie szyi w ilości ograniczonej się znajdujących i dopiero przez swój rozrost w głębi rozpychających przybłonek szyi. Zdaniem zaś Fischla[1]) są nadżerki gruczołowate i bez gruczołów. Gruczoły w nadżerkach wychodzą zawsze z dawniejszego przybłonka gruczołowatego; pierwotną sprawą jest bujanie tkanki łącznej, co sprawia, że gruczoły rozrastają się. Punktem wyjścia tych nowo utworzonych gruczołów **nie** jest przybłonek na powierzchni. Zdaniem Fischla nadżerki są mniej lub więcej zmienioną błoną śluzową szyi macicznej. Veit[2]) zaś z naciskiem nazywa nadżerkę zapaleniem gruczołowem (*eine drüsige Entzündung*) w przeciwieństwie do przeczosu (*excoriatio*) w zapaleniu pochwy. Sprawy opisywane jako nadżerki u noworodków są wedle Matuscha[3]) rodzajem niezupełnego rozwoju, to jest, że przybłonek płaski w czasie urodzenia się dziecka postępując od dołu, nie dotarł jeszcze aż do ujścia zewnętrznego macicy. Matusch nigdy nie mógł znaleść właściwych gruczołów na zewnętrznej stronie części pochwowej macicy. Dalszym dowodem, że pokrycie pochwy i części pochwowej macicy postępuje od dołu ku górze, byłoby, że w *haematocolpos* znalazł Ruge[4]) po wewnętrznej stronie przedziału przybłonek wałeczkowaty.

Jakie są ostateczne przyczyny powstawania nadżerki, nie wyświecono wreszcie ostatecznie; w każdym razie jest ona starym objawem nieżytu i ustępuje po jego wyleczeniu. Obrazy podobne do nadżerki może dać tak zwane wyrośnięcie warg szyi macicznej, przedstawiające mniej lub więcej zmienioną błonę śluzową macicy. Przyczyny tego rodzaju sprawy są czysto mechanicznej natury: rozdarcie ujścia zewnętrznego szyi podczas porodu lub poronienia, następowe ciągnienie ścian pochwy i tworzenie się blizn po jednej lub drugiej stronie szyi, które nicują jej wargi. Zdaniem mojem wyrażenie wywinięcie, powinno się zatrzymać li tylko w przypadkach, gdzie takie rozdarcie mechaniczne da się wykazać a zatem o wywinięciu u osób, które nie rodziły albo których szyi macicznej w inny sposób przez gwałtowne rozszerzenie nie uszkodzono, nie byłoby mowy. Cornil w swoich *Leçons* opisuje nadżerkę tak samo jak Ruge: brodawki tkanki łącznej pokrywa jedna warstwa przybłonka wałeczkowatego, w wywinięciu zaś warstw tych jest więcej, przybłonkiem płaskim przerosłych, gruczoły są rozszerzone, ich ujście przeciągnięte, jajka Nabotha częste.

Co do powstawania zapalenia części rodnych, w szczególności błony śluzowej macicy, to zdaniem Martina[5]) ta sprawa zostaje w ścisłym związku z życiem płciowem. Miesiączkowanie, spółkowanie, ciąża, poród i połóg, wszystko to może być przyczyną wystąpienia spraw zapalnych w wieku dojrzałym. Odliczywszy powyższe okoliczności, na wiek dziecięcy przypadną jako sprawy przyczynowe sprawy zapalne w ogólnych chorobach zakaźnych, dalej mechaniczne podrażnienie, jak robaki i samogwałt a w wieku późniejszym zanik tkanek. Martin nie uznaje działania naziębienia na wstrzymanie miesiączki, które według niego jest skutkiem już istniejącej choroby, objawem, nie przyczyną. Częste sadowienie się zapalenia na błonie śluzowej szyi pochodzi ze znacznego urazu, jakiego doznaje szyja podczas porodu i z bliskości pochwy przepełnionej rozmaitemi częściami septycznemi; naj-

[1]) v. Franqué: Zeitschrift für Geb. und Gyn. XII. 1.
[2]) Wyder: Archiv für Gyn. XIII. Z. 1. s. 1.
[3]) Schröder: Centralblatt für Gyn. 1884. s. 445.
[4]) Atthill: Centralblat für Gyn. 1878. s. 324.
[5]) Ruge: Zeitschrift für Geb. und Gyn. Tom V. Z. 2.
[6]) Pozzi: ut 13. s. 137.
[7]) Campe: Centrblatt für Gyn. 1884. s. 222.
[8]) Ruge u. Veit: Centralbl. für Gyn. 1877. Nr. 2. s. 17. i Ruge: Zeitschrift für Geb. und Gyn. Tom V. Z. 2.

[1]) W. Fischel: Erosio und Ectropium. C. f. G. 1880. s. 125.
[2]) Veit: Zur Erosionsfrage C. f. G. 1882. s. 699.
[3]) Matusch: C. f. G. 1882. s. 183.
[4]) Ruge: Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1882. Tom VII. Z. 2.
[5]) A. Martin: Pathol. und Ther. der Frauenkr. 1887. s. 182.

częstszą zaś przyczyną zapalenia błony śluzowej wnętrza macicy jest zdaniem Martina niedokładne oderwanie się błony znikomej. Ostre zapalenia przebiegają tak szybko, że lekarze mało się z niemi spotykają; zazwyczaj ma się już do czynienia ze sprawą przewlekłą.

B. Schultze[1]) widzi przyczynę nieżytów w zakażeniu z atmosfery, u dziewic mokrą drogą wycieków miesiączkowych, u kobiet zaś, które rodziły, przez proste udzielenie się przez kurze i prochy w powietrzu i t. d.; radzi dlatego noszenie przepasek aseptycznych podczas miesiączkowania, względnie usuwanie niedomykalności części rodnych za pomocą operacyi. Podobne zdanie wypowiada Peraire[2]). Każda *endometritis* jest skutkiem najścia błony śluzowej przez drobnoustroje, które już po niedługim czasie wnikają do tkanki mięśniowej; dlatego tylko w początkach widzi skutek w środkach przeciwgnilnych i radzi wczesne wyskrobanie w celu dostania się do warstw głębszych; Peraire znalazł bowiem, że jeżeli macica zdrowa, to nie można wykazać żadnych drobnoustrojów ani drobnowidzem ani w kłutych hodowlach, jeżeli zaś chora, są ustroje chorobotwórcze. Udało mu się odosobnić jeden lasecznik i jeden kok, które wyhodował. Barwiły się te gronowce bardzo dobrze metodą Grama; więc łatwo je odróżnić od gonokoków. Według Wintera[3]) prawidłowo znajdują się u zdrowych osób następujące rodzaje drobnoustrojów: *staphylococcus pyogenes albus, aureus, citreus* i rozmaite odmiany streptokoków. Laplace[4]) znajduje również, że zdrowa błona śluzowa macicy i szyi mieści w sobie wielką liczbę najrozmaitszych drobnoustrojów; w zapaleniu znajdują się one wewnątrz komórek w wielkiej ilości wydzielanych. Z tych drobnoustrojów część jest znana jako chorobotwórcza, nieznane są jednak stanowczo chorobotwórczemi dla świnki morskiej. Za główną przyczynę wystąpienia tych drobnoustrojów w czynnej roli uważa Laplace zaziębienie. Przy zmianie w krążeniu krwi i pojawieniu się wysięków surowiczych postępuje rozwój drobnoustrojów, które dotychczas spoczywały. Picqué[5]) uważa takie drobnoustroje za przyczynę nieżytu i tak samo powtórne wystąpienie *endometritis* za zakażenie się z pochwy; radzi przeto po wyskrobaniu macicy przez dłuższy czas przepłukiwać pochwę środkami desinfekcyjnymi, najlepiej sublimatem. Zapatrywania Noegerratha ogólnie znane może tylko idą za daleko. Również Terillon[6]) rozróżnia *endometritis* powstałą w połogu od powstałej z wiewióra *(gonorrhoea)*. Przeciwnie inni, jak n. p. Samschin[7]), nie mogli potwierdzić twierdzeń Wintera co do obecności stafilokoków w przewodzie rodnym kobiet zdrowych. Podobnie Döderlein[8]) badał wyskrobane części błony śluzowej macicy, szukając w nich drobnoustrojów zawsze bez skutku, znowu przeciwnie jak Brandt[9]) w Petersburgu. Wobec badań Döderleina zapatrywanie się Breuneckego[10]), że *endometritis hyperplastica* jest w związku z czynnością jajników, miałoby podstawę anatomiczną. Szczególny rodzaj prątków w nieżycie szyi macicznej opisuje Rosiński[11]), Wolf[12]) zaś znalazł w wydzielinach prątek zupełnie podobny do Kochowskiego prątka przecinkowatego. Ciekawem jest zapatrywanie się Routha[13]) na sposób, w jaki wiewiór rozchodzi się w przewodzie rodnym kobiety. Oto wydzielina wiewiórowa złożona w pochwie w skutek ujemnego ciśnienia za każdym wydechem może dostać się do góry.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) B. Schultze: Centralblatt f. Gyn. 1889. s. 332.

[2]) Peraire: Des endometrites infectieuses. Role des micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes. Paris 1889.

[3]) Winter: Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1888. XIV. 2.

[4]) Laplace: Med. Record. 1892. Juni. s. 699.

[5]) Picqué: Gaz. des hôpitaux. 1891. Nr. 19.

[6]) Terillon: Bull. général de therap. 1889. Sierpień 15.

[7]) Samschin: Deutsch. med. Wochens. 1890. Nr. 16.

[8]) Döderlein: Naturforscher-Versammlung. Halle 1891.

[9]) A. Brandt: Zur Bakteriolog. der Cav. uteri bei der Endometritiden. Zeitschr. für Geb und Frauenkr. 1891. s. 810.

[10]) Breunecke: Archiv für Gyn. XVIII. s. 252.

[11]) Rosiński: Bacillenbefund bei Cervixcatarrh. Centralblatt für Gyn. 1892. s. 64

[12]) Wolf: München. med. Wochens. 1893. Nr. 37 i 38.

[13]) Routh: Brit. med. journ. 1882. Nr. 1131. s. 411.

Choroby zakaźne.

Escherich: **Patogeneza błonicy.**

Tłómaczenie istoty i przyczyn chorób zakaźnych zapomocą chorobotwórczych własności bakteryj nie wyjaśnia dostatecznie powstawania tych chorób; koniecznie trzeba przyjąć drugi czynnik nader ważny, usposobienie indywidualne. Z tego zapatrywania się wychodząc wypowiada autor następujące cztery twierdzenia, tłómaczące w pierwszym rzędzie patogenezę błonicy:

1) Do powstania błonicy potrzeba prócz prątka właściwego i możności inwazyi jego jeszcze swoistej skłonności tkanek i całego ustroju. Tem tłómaczyć sobie można występowanie błonicy przeważnie w wieku dziecinnym i w porze zimniejszej jakoteż wykrycie prątków Löfflera i rzekomego lasecznika w jamie ust zdrowych ludzi.

2) Przebieg błonicy zależy od większej lub mniejszej jadowitości prątków, jakoteż od miejscowego powierzchownego i ogólnego usposobienia.

3) Inne bakterye a nawet saprofity, jakoteż ich wytwory przemiany materyi mają wpływ na rozszerzenie i przebieg kliniczny błonicy. Działanie streptokoków wikłające się z błonicą należy do najcięższych przypadłości zakażenia miąższowego. Nasycenie ustroju wytworami przemiany materyi streptokoków zmniejsza odporność ustroju na jad błoniczy a równocześnie prątki gnilne usadowione na błonie śluzowej wywołują w znaczeniu anatomicznem naloty błonicze i wpływają niekorzystnie na miejscowe rozszerzenie się prątka Löflera. W błonach tych może przyjść równocześnie do nagromadzenia się stafilokoków, zaczem równocześnie błony przybierają barwę brudnożółtawą dając się łatwo rozetrzeć. W takich błonach znacznie się zmniejsza ilość prątków błoniczych, które nie mają odpowiednich do odżywiania się stosunków.

4) Uleczenie choroby następuje przez immunizowanie tkanek ustroju. Badania autora, Behringa i Klemensiewicza wykazały we krwi dzieci, które przebyły błonicę, pewne ciało mogące świnki morskie uchronić od zakażenia błonicą. Ta własność immunizacyjna ludzkiej surowicy nie jest znaczna. Odporność nabyta przez przebycie błonicy trwa nader krótko tak, że nie może uchronić człowieka od powtórnego dostania tej choroby, która jednak ma wtedy przebieg o wiele łagodniejszy. (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 22. 1894).

Dr. B. Komorowski.

Położnictwo.

Heuck: **Nowy przypadek zatoru powietrznego przy łożysku przodującem.**

Przypadek opisany przez autora jest trzecim z rzędu, jaki w ciągu sześciu lat zdarzył się w klinice Olshausena. U rodzącej z chwilą uchwycenia nóżki płodu zaniechano narkozy, poczem wydobyto nóżkę wśród silnego parcia ze strony matki. W tej chwili wypłynęła z pochwy matki znaczna ilość krwawego potoku. Gdy następnie ułożono rodzącą na łóżku podłużnem, wystąpiła u niej nagle sinica, brak tętna i wkrótce potem (w 3—5 minut) śmierć.

Przy sekcyi w dwie godziny potem wykryto: z naciętej żyły szyjnej (*vena jugularis int.*) dobywały się bańki powietrzne wielkości orzechów laskowych. Mimo szczelnego podwiązania wielkich naczyń serca wypuk nad niem był bębenkowy. Z serca prawego rozciętego pod zwierciadłem wody dobywało się mnóstwo baniek powietrznych. Bańki powietrzne znaleziono także w prawej żyle nasiennej (*vena spermatica dextra*).

W powyższym przypadku nie można było przypuścić śmierci z otrucia chloroformem a to, ponieważ śmierć nie zaszła wśród zblednięcia (*syncope*), lecz owszem przeciwnie sinicy, śmierć nastąpiła dopiero po ustaniu narkozy, wreszcie

ponieważ nigdy nie znajduje się u otrutych chloroformem takich ilości gazu we krwi, jakie tu znaleziono już w dwie godziny po śmierci.

Obecność powietrza w żyle szyjnej tłómaczy autor zabiegami mającymi na celu uratowanie życia rodzącej. Autor przypuszcza, iż powietrze znajdujące się między ścianą macicy a oddzielonem łożyskiem przodującem zostało wparte do otwartych żył w chwili, gdy w czasie dobywania płodu matka parła podczas bólu. Z chwilą obniżenia się ciśnienia w jamie brzusznej, wywołanego przerwą bólu i zwiotczeniem napięcia powłok brzusznych, dostało się powietrze, wtłoczone przedtem do żył, przez aspiracyą do żyły nasiennej.

W końcu zwraca autor uwagę na trudności techniczne i potrzebę odpowiednich wiadomości w wykonaniu sekcyi w podobnych przypadkach, jeźli ma się je rozświetlić należycie. *(Zeitschrift f. Geburtsh und Gynäkologie* 1894).

Wachholz.

Zapiski terapeutyczne.

— L. Szuman (z Torunia): Spostrzeżenia nad narkozą eterową (z kliniki własnej). Korzystne wyniki znieczulania eterem uzyskane w klinikach i szpitalach przez różnych ogłoszone a przez Gurtla zestawione, skłoniły autora do doświadczeń z eterem w klinice własnej.

Na podstawie spostrzeżeń w 100 mniej więcej narkozach, z których w 81 robiono zapiski, wyraża się autor o eterze podobnie jak Tschmarke a mianowicie:

1) Eter, o ile się zdaje, jest bezpieczniejszy od chloroformu wogólności a w wadach organicznych serca, o ile go jeszcze użyć można, w szczególności.

2) Ponieważ eter drażni oskrzela bardziej, niż chloroform i wywołuje w nich często obfitą wydzielinę tak podczas narkozy, jak i po niej, przeto użycie eteru do uśpienia jest przeciwwskazanem w przypadkach tak tych, gdzie są już pewne objawy ze strony oskrzeli, jak i tych, w których dłuższy kaszel może choremu bardzo zaszkodzić po operacyi lub zniweczyć jej skutek.

3) Narkoza eterem często nie wystarcza a więc nie nadaje się do przypadków, w których chodzi o rychłe i zupełne zwolnienie napięcia mięśni, jak mianowicie w odprowadzaniu zwichnięć stawów, względnie także tyłozgięć i pochyleń macicy.

4) Z przyczyny łatwej zapalności pary eterowej, narkoza eterem jest niebezpieczna przy operacyi za pomocą żegadła Paquelinowskiego lub innego, lub za użyciem światła świec, lub lamp zwykłych.

5) Narkoza eterem nie wystarcza czasem u osób nadużywających nałogowo trunków.

Autor używał przeważnie maski Juilliarda, która jednak nie nadaje się do operacyj w jamie ustnej i jej pobliżu. U kobiet i dzieci wystarcza także maska Wantschera, przy pomocy której, przynajmniej według dotychczasowych spostrzeżeń autora, trudno otrzymać dosyć głęboką narkozę u dorosłych mężczyzn, szczególniej u nadużywających napojów wyskokowych.

Na 75 przypadków narkozy eterem była 60 razy narkoza dobra, względnie nawet bardzo dobra i zupełna. W 8-miu przypadkach zachowywali się chorzy niespokojnie, z 7 tych chorych było mężczyzn ponad 30 lat, nadużywających napojów wyskokowych a jeden przypadek tyczył się kobiety wycieńczonej krwotokami macicznemi.

Najpierw nalewano w rozetę maski Juilliarda 15 do 25 gramów eteru i trzymano maskę w odległości 1 do 2 cm. od twarzy; po 1 do 2 minutach nalewano około 30 gramów eteru i przykładano maskę do twarzy a tylko u niespokojnych w razie potrzeby obwijano ją ręcznikiem. Następnie według potrzeby to dolewano eteru w rozetę, szybko maskę podnosząc i przykładając, to znów, skoro sen stawał się głębokim, odejmowano maskę na czas krótszy lub dłuższy.

Tak postępując, otrzymywano znieczulenie zupełne zwykle u dorosłych po 2—5 minutach, u dzieci czasem już po minucie. W 4 przypadkach nastąpiło znieczulenie zupełne po 6 do 8 minutach, w 4 zaś dopiero po 10 minutach. Były to po największej części narkozy niespokojne u mężczyzn nadużywających napojów wyskokowych.

Z 81 narkoz eterem 23 trwało godzinę i dłużej.

Ilość spotrzebowanego do inhalacyi eteru zapisano w 64 przypadkach. Najwięcej wynosiła ona 400 gramów w dwóch przypadkach; spotrzebowano ją w 150 minutach czyli około $2^1/_2$ grama na minutę. Średnio zużywano $1^1/_2$ do 4 gramów na minutę.

U mężczyzn dorosłych zastrzykiwano zwykle przed narkozą eterową podskórnie morfinę; u kobiet bardzo rzadko, u dzieci nigdy. W przypadkach, w których trzeba było wykonać cięcie brzuszne, operacyę na otrzewnej lub na jelitach, zadawano zwykle przed operacyą 15 kropel nalewki makowca.

Cięższych i groźniejszych objawów w czasie narkozy autor dotychczas nie dostrzegł. Oddech raz zatrzymał się na kilka sekund. Główną korzyścią narkozy eterem jest, jak się zdaje, zwykle dobre i mocne tętno.

Przebieg po narkozie eterem bywa zwykle dobry, bez wymiotów, bez kaszlu. Na 81 przypadków autora wystąpiły 4 razy objawy dosyć ciężkiego nieżytu oskrzeli, trwającego kilka dni.

W końcu autor zwraca uwagę, iż mylne jest zdanie, jakoby narkoza eterem, mianowicie za użyciem maski Juilliarda była rzeczą tak prostą, nie potrzebującą wprawy, iżby nią każdy mógł się zająć. *(Gazeta lekarska* 15. Września 1894).

— M. Fürst. O leczeniu poronnem wiewióra (*gonorrhoea*) metoda Janeta. W r. 1892. ogłosił J. Janet w *Annales des maladies des organes génito-urinaires* nowy sposób leczenia wiewióra, polegający na gruntownem przemywaniu cewki moczowej rozczynem nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum)* w stósunku 1:2000, 1:1500 i 1:1000 i wywołanie w ten sposób w błonie śluzowej cewki odczynu surowiczego, t. j. obfitej wydzieliny wodnistej, która miała rychło usuwać gonokoki.

Instrumentaryum do leczenia tym sposobem jest bardzo proste a składa się z pręta drewnianego z podziałką metryczną w długości 2 metrów, płyty suwającej się po nim a służącej do utrzymania irygatora szklanego, również w podziałkę zaopatrzonego i rurki gumianej łączącej się z jednej strony z tym irygatorem, z drugiej z kanką szklaną dająca się wprowadzić do cewki moczowej.

Po oddaniu moczu przez pacyenta i gruntownej desinfekcyi żołędzi, napletka i ujścia cewki moczowej rozpoczyna się leczenie od przestrzykania na pierwszem posiedzeniu przedniej części cewki moczowej wymienionym rozczynem nadmanganezanu potasowego pod ciśnieniem od 0·80 do 1·00 metra, przy następnych doprowadzenia płynu pod temże samem ciśnieniem aż do opuszki (*bulbus*), w razie potrzeby (*urethritis posterior*) pod ciśnieniem 1·30 metra. Podczas irygacyi zamyka się i otwiera kurek od rurki kauczukowej od czasu do czasu, by przez nagłe zmiany w ciśnieniu rozszerzyć mocno cewkę i wpędzić płyn we wszystkie fałdy i zatoki błony śluzowej.

System polega na tem, że w pierwszym dniu leczenia pokazuje się pacyent lekarzowi trzy razy dziennie co 5 godzin, który do przepłukania cewki używa za pierwszym razem litra rozczynu 1:2000, za drugim i trzecim po pół litra rozczynu 1:1500 a względnie 1:1000. Po drugiem i trzeciem przepłukaniu brzękną naprzód błona śluzowa cewki, następnie żołądź i napletek, czemu towarzyszy ból i obfite wydzielanie się z cewki moczowej surowicy; wtedy znikają i gonokoki. Po 3 lub 4 dniach, podczas których przepłukuje się cewkę dwa razy dziennie rozczynem 1:2000, ustają bóle i wydzielanie się płynu surowiczego a cewka moczowa staje się suchą tak, iż w pięciu dniach jest w przypadkach idealnych wywiór wyleczony.

Janet spodziewa się podobnego skutku we wszystkich świeżych przypadkach.

Autor postanowił spróbować metody Janeta, wybrał do tego celu z właściwego oddziału starego szpitala hamburskiego odpowiednie 33 przypadki i leczył je ściśle sposobem przez Janeta podanym.

Z tych 33 przypadków wyleczono zupełnie 15 czyli 45·5%, dwa po leczeniu przez 8 dni, reszta po leczeniu przez 11 do 34 dni. Rezultatu tego oczywiście nie można nazwać świetnym.

Bez wyleczenia wypuszczono ze szpitala 8 chorych czyli 24·2%, którzy nie mogli doczekać się pomyślnego skutku leczenia.

Z 33 przypadków ogółem w czterech pojawił się rozlany naciek w ciałku jamistem cewki, w dwóch ropnie okołocewkowe, w jednym zapalenie stercza (*prostata*) a w kilku nieżyt pęcherza moczowego.

Resztę, t. j. 10 chorych, po użyciu u nich napróżno sposobu Janeta przez dni od 10 do 41, musiano leczyć dawnemi, wypróbowanemi sposobami.

Zważywszy to wszystko jest autor zdania, że metody Janeta poronnego leczenia wiewióra doradzać nie można. (*Deutsche med. Wchschft.* 6. Września 1894).

— Leczenie otrucia strychniną. Ze stanowiska teoretycznego wypada, że odtrutki na strychninę powinny działać w odwrotny sposób na toż samo miejsce w układzie nerwowym, na które działa strychnina, t. j. na ośrodki odruchowe w rdzeniu przedłużonym i pacierzowym. Bromki nie odpowiadają temu celowi, ponieważ tylko obniżają pobudliwość a działają zapowoli. Carmello Lazzaro wpadł na pomysł użycia jako odtrutki na strychninę wziewań chloroformu zmięszanego z powietrzem i zrobił z niemi doświadczenia nie tylko na zwierzętach, ale i na dziecku 2 letniem tudzież mężczyźnie 45-letnim. Doświadczenia te wypadły pomyślnie. C. L. używa przeto od chwili wystąpienia objawów zatrucia przerzeczonych wziewań i podczas zwolnienia przypadów skutkiem nich zadaje czy to przez jamę ustną, czy przez odbytnicę chloral lub paraldehid. Jeżeli kurcze znów się pojawią, używa znów wziewań chloroformu i t. d., dopóki owe kurcze nie znikną trwale. Sposób ten leczenia otrucia strychniną zaleca się tak przez łatwość użycia jak i pewność działania. (*La médecine moderne.* 22. Sierpnia 1894).

— Przeciw wymiotom u ciężarnych zaleca się:

112) Rp. *Cocaini muriatici* 0·03
Antipyrini 1·00
Aquae destil. 120·00
MDS. Co 1/2 godziny zażywać po łyżeczce od herbaty.

lub:

113) Rp. *Ttrae jodi* 7·50
Chloroformii 60·00
MDS. Zażywać rano i wieczór po 5 kropel w wodzie selterskiej.

lub:

114) Rp. *Cocaini muriatici* 1·00
Exti belladonnae 0·25
Vaselini 15·00
MDS. Zewnętrznie. Pomazywać ujście maciczne.

(*Med. and surg. Rep.* 4. VIII. 1894).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 20. Września 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Mając sobie poruczone zestawienie wykazu lekarzy w Krakowie zamieszkałych proszę wszystkich pp. Kolegów o łaskawe podanie mi (za pomocą karty korespondencyjnej) swoich dokładnych adresów z oznaczeniem godzin ordynacyjnych. Gdy wykazy te mają być umieszczone w aptekach, zależeć musi każdemu na ich dokładności.

Kraków dnia 16. Września 1894.

Dr. **Schaitter**, ulica Grodzka Nr. 62.

— Najbliższy międzynarodowy kongres ginekologiczno-położniczy ma odbyć się w Genewie w r. 1896. Dotychczas wyznaczone do rozpraw: 1) Terapia eklampsyi; 2) Leczenie chirurgiczne tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy; 3) Statystyka różnych form ścieśnienia miednicy u różnych narodów; 4) Najlepsza metoda zeszycia ściany brzusznej w celu zapobiegania przepuklinom brzusznym; 5) Leczenie ropienia w miednicy.

— Trzeci międzynarodowy kongres dermatologiczny odbędzie się w Londynie od 31. Lipca do 4. Sierpnia 1895.

— Na jednem z ostatnich posiedzeń paryskiej akademii lekarskiej mówił Petit o trzech przypadkach nagłej śmierci podczas używania welocypedów. Pierwszy przypadek tyczy się 65-letniego mężczyzny, który od 4 tygodni ćwiczył się w jeździe na welocypedzie a umarł w chwili, gdy zamierzał zsiąść z tego wehikułu. Drugi przypadek zdarzył się u lekarza liczącego 48 lat, który po przebyciu duru brzusznego chciał pozbyć się otyłości przez jeżdżenie na welocypedzie. Tu nastąpiła śmierć nagle wśród duszności i gwałtownego bólu w okolicy serca. Trzeci przypadek tyczy się 40-letniego sportsmana, który zmarł jadąc na welocypedzie. Petit sądzi na podstawie tych przypadków, że nie powinni jeździć na welocypedzie ludzie starsi i mający wadę organiczną serca.

— Towarzystwo lekarskie w Charleroi wyznaczyło konkurs na napisanie najlepszej rozprawy na temat: Zbadać niewłaściwość anonsów lekarskich w dziennikach politycznych ze względu tak na dobro chorych jak i na godność stanu lekarskiego. Najlepsza praca otrzyma 100 franków nagrody.

— Tego roku pojawiają się w Paryżu bardzo często otrucia po spożyciu raków; czy ich przyczyną jest jakaś choroba tych skorupiaków, czyniąca je niesposobnymi do konsumcyi przez ludzi, czy też pewien rozkład po zabiciu, niewiadomo. Miejska pracownia higieniczna paryska zwraca w tej mierze uwagę na jednę okoliczność, mogącą w tem odgrywać pewną rolę. Raki gotowane, przeznaczone do sprzedaży przechowują w lodzie pochodzącym przeważnie z okolic Paryża, lodzie bardzo nieczystym i zawierającym mnóstwo mikrobów. Otóż te mikroby znajdują w rakach wyborną pożywkę, mogą być powodem ich rozkładu chemicznego a tem samem i zatrucia ludzi je konsumujących.

— Dr. William Parker, lekarz poselstwa północno-amerykańskiego w Chinach otrzymał za leczenie pewnego wysokiego dygnitarza chińskiego tytuł mandaryna.

— W Kalkucie odbędzie się w roku bieżącym od 24. do 29. Grudnia pierwszy indyjski kongres lekarski, którego prace naukowe rozdzielono na 6 sekcyj według głównych i spokrewnionych ze sobą działów medycyny.

— Doktorka medycyny Lilias Hamilton zamianowaną została lekarką haremu Abdurramana, emira Afganistanu.

— **Nekrologia**. Zmarli: Dr. **Leon Warnots**, profesor medycyny operacyjnej w Brukselli. — Dr. **A. B. Miles**, prof. chirurgii w Nowym Orleanie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.